

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lateralidad:

MAMA DERECHA☐

MAMA IZQUIERDA☐

AMBAS MAMAS☐

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

**Objetivos**  
Mediante este procedimiento se pretende eliminar el exceso de tejido graso, además de realizar la extirpación del tejido mamario que posee.

**Características**  
La intervención se realiza a través de una incisión quirúrgica periareolar, la que en el post operatorio se disimula muy efectivamente por el borde de la areola. La operación misma consiste en reseca la glándula mamaria hipertrófica. En general, no se deja drenaje. El tipo de anestesia requerida para corregir quirúrgicamente la ginecomastia será definido por su anestesista, pero habitualmente, será una anestesia general.  
Es importante que usted le advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de coagulación, medicamentos que usted consume habitualmente o cualquier otra circunstancia que pueda ser causa de complicaciones si no son conocidas.

**Riesgos**  
A pesar de la adecuada realización de la técnica quirúrgica y al igual que en cualquier procedimiento invasivo, existen algunos riesgos menores derivados del acto quirúrgico. Algunas de las posibles complicaciones son:

- Hemorragia o hematoma local post operatorio
- Dolor
- Cicatriz defectuosa
- Cambios en la sensibilidad del pezón
- Reacciones alérgica

Existe la posibilidad de un resultado no satisfactorio o acorde a sus expectativas en la cirugía, incluso llegando a requerir cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales.  
Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.  
Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.  
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **GINECOMASTIA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal